

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE 61
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

ANDRÉ BERNARD

né à Paris le 28 Mars 1901

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de l'Université de Paris

SUR UN CAS
DE
GROSSESSE PÉRITONÉALE
SECONDAIRE

Président de thèse : M. LECÈNE, Professeur

PICART, EDITEUR
59, Boulevard Saint-Michel, 59
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ANDRÉ BERNARD

né à Paris, le 28 Mars 1901

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de l'Université de Paris

SUR UN CAS

DE

GROSSESSE PÉRITONÉALE
SECONDAIRE

Président de thèse : M. LECÈNE, Professeur

PICART, EDITEUR
59, Boulevard Saint-Michel, 59
PARIS

1926

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chirurgie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matières médicales
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

NICOLAS.
 CUNEO.
 ROGER.
 STROHL.
 DESGREZ.
 N...
 BRUMPT.
 MARCEL LABBE.
 SICARD.
 LECENE.
 ROUSSY.
 PRENANT.
 N...
 CARNOT.
 LÉON BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 N...

Clinique médicale

ACHARD.
 WIDAL.
 GILBERT.
 BEZANÇON.
 MARFAN.
 NOBECOURT.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

H. CLAUDE.
 JEANSELME.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.

Clinique chirurgicale

DELBET.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.

Clinique ophtalmologique

TERRIEN.

Clinique urologique

LEGUEU.

Clinique d'accouchements

COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.

Clinique gynécologique

J.-L. FAURE.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

OMBREDANNE.

Clinique thérapeutique médicale

VAQUEZ.

Clinique oto-rhino-laryngologique

SEBILEAU.

Clinique de thérapeutique chirurgicale

DUVAL.

Clinique de propédeutique

SERGENT.

Professeur sans chaire

ROUVIERE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI.
 ALGLAVE.
 AUBERTIN.
 BASSET.
 BEAUDOUIN.
 BINET.
 BLANCHETIERE.
 BRANCA.
 BRULÉ.
 BUSQUET.
 CADENAT.
 CHAMPY.

MM.
 CHIRAY.
 CLERC.
 DEBRE.
 I. DE JONG.
 DUVOIR.
 EGALLE.
 FIESSINGER.
 FOIX.
 GARNIER.
 HARUIER.
 HEITZ-BOYER.
 HOVELACQUE.

MM.
 JOYEUX.
 HENRI LABBE.
 LARDENNOIS.
 LE LORIER.
 LEMAITRE.
 LEMIERRE.
 LEVY-SOLAL.
 LHERMITTE.
 LIAN.
 MATHIEU.
 METZGER.
 MOCQUOT.

MM.
 MONDOR.
 MOURE.
 MULON.
 PHILIBERT.
 RIBIERRE.
 RICHET FILS.
 TANON.
 VAUDESCAL.
 VERNE.
 VILLARET.

AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. GOUGEROT, GUENIOT, RETTERER.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA FEMME

EN HOMMAGE

A MA FAMILLE

A Max BERNARD

A ARTHUR CAHN,

Docteur en Droit

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'INSTITUT DE MEDECINE COLONIALE
DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. LE MOIGNIC

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MARTIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON AMI LOUIS BERGOUIGNAN

Interne des Hôpitaux de Paris

A MES AMIS ET A TOUS CEUX
QUI M'ONT VOULU DU BIEN
AU COURS DE MES ETUDES MEDICALES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECENE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui a bien voulu accepter la Présidence de cette thèse.

Hommage respectueux et reconnaissant

AVANT-PROPOS

Un soir de garde, le 5 octobre 1924, notre excellent ami Louis Bergouignan, à cette époque interne du service de M. le D^r Riche à l'hôpital Tenon, avait l'honneur et la chance d'opérer avec succès une femme qui présentait des symptômes d'hématocèle rétro-utérine, semblant consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.

Or l'intervention montra l'existence d'une grossesse péritonéale que tout prouvait secondaire.

Il en fit communication, avec présentation d'une très jolie pièce, à la Société d'Anatomie de Paris, le 13 décembre 1924.

L'intérêt que présentent et la rareté des faits de ce genre et leur extrême variété, en même temps que l'amitié qui nous lie à l'auteur, nous ont poussé à étudier un peu plus en détail la question des grossesses péritonéales secondaires.

Le but de ce travail n'est pas de résoudre, mais d'exposer les difficultés d'une question à propos de laquelle les indications thérapeutiques ont été très controversées.

Un grand nombre d'observations était, nous a-t-il semblé inutile, pour établir de pareilles données. Nous nous sommes borné à les prendre typiques, négligeant volontairement les cas douteux, soucieux avant tout d'examiner l'évolution de chacun des cas pour en tirer un enseignement général.

Il nous faut avouer que nous sommes mal parvenu à ce but. Nous restons néanmoins persuadé que nos juges ne nous tiendront pas rigueur de notre inaptitude à résoudre un problème par nous-même posé. Il nous paraît que la longue et savante pratique de cet art qu'est la médecine trouverait présomptueuses les assurances trop formelles, peut-être trop hâtives, que leur apporterait un jeune candidat à la carrière dont ils ont déjà fourni une part avec tant d'honneur.

Aussi nous arrêtons-nous au parti de les prier de croire que notre modeste contribution à l'étude d'un chapitre assez neuf et déjà très discuté de pathologie chirurgicale, est le fruit d'un travail scrupuleusement sincère.

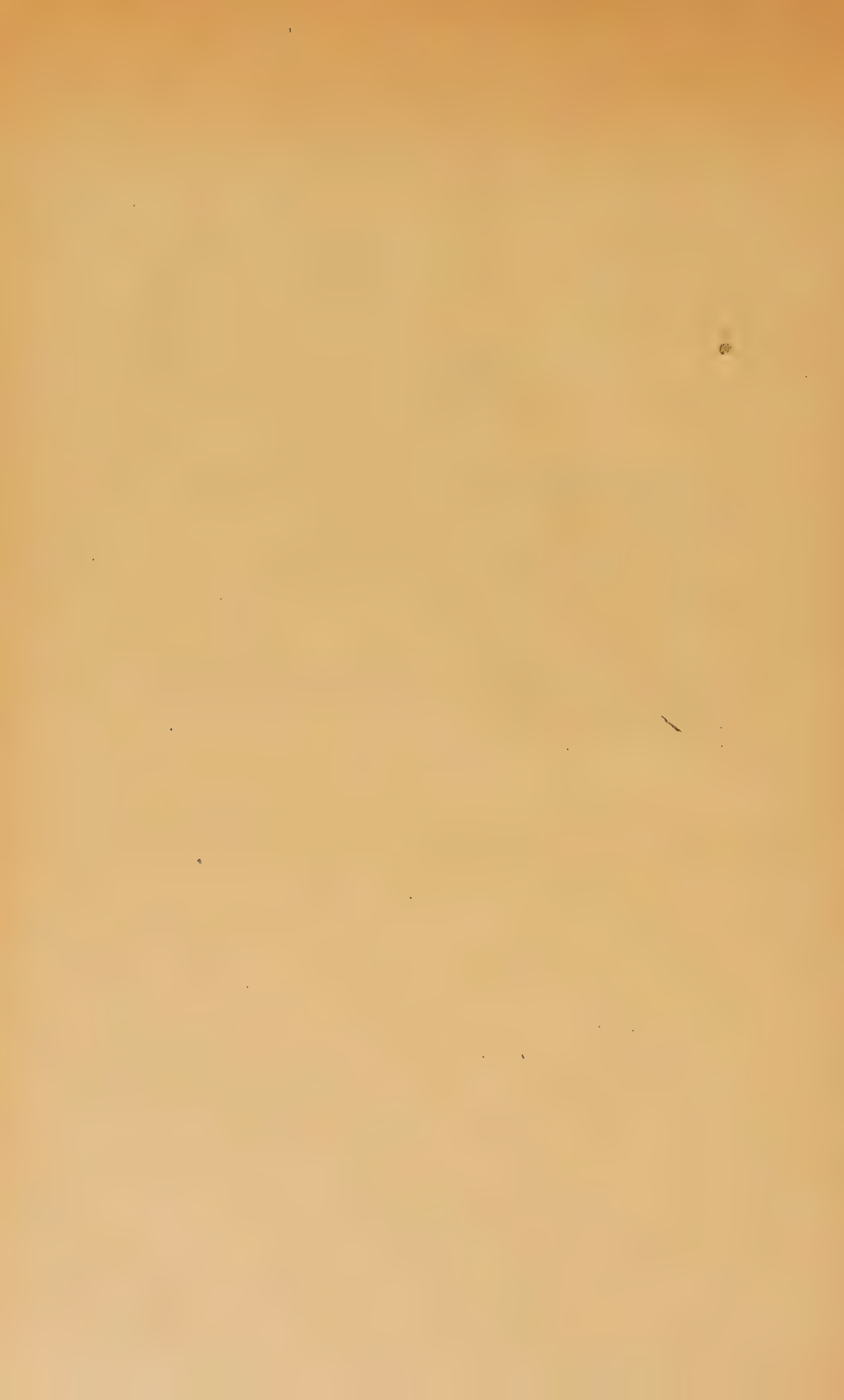
DIVISION

Les premiers chapitres de cette étude tendront à établir les causes pour lesquelles un ovule fécondé se greffe d'abord dans la trompe, puis secondairement sur le péritoine.

Nous étudierons ensuite l'anatomie pathologique de cette grossesse anormale, ses symptômes et son évolution, ainsi que les accidents qui peuvent l'accompagner ou l'interrompre.

Puis, nous appuyant sur les observations que nous avons recueillies, nous tenterons d'établir le diagnostic de l'affection.

Enfin le dernier chapitre exposera ce qui a trait à la thérapeutique de l'affection et à ses résultats.



CHAPITRE PREMIER

DEFINITION ET ETIOLOGIE

Il faut entendre, par le terme de grossesse péritonéale secondaire, le fait par lequel un œuf, dont l'évolution a débuté au niveau d'une trompe ou d'un ovaire, quitte vivant cette trompe ou cet ovaire et va se greffer à la surface de l'endothélium péritonéal. Notre étude de l'étiologie de ces faits doublement anormaux devra donc concerner tout d'abord les causes et les modalités des grossesses tubaires ou ovariennes et leur interruption.

CHAPITRE II

CAUSES DE LA GROSSESSE TUBAIRE

I. — Quelles sont les causes de cette grossesse tubaire ? Lawson-Tait, étudiant le rôle de l'épithélium vibratile de la muqueuse tubaire, invoque une salpingite desquamative avec chute des cils. Il en résulterait que l'ovule reste en route dans la trompe sans pouvoir atteindre l'utérus, tandis que les spermatozoïdes, débarrassés des cils qui leur défendaient l'entrée des oviductes y pénètrent et vont là même féconder l'ovule qui se greffe sur place, d'autant plus, ajoute Pilliet, que l'inflammation transforme les franges de la trompe en bourgeons charnus et vasculaires où la greffe de l'œuf se fait plus aisément. De fait cette altération de l'épithélium, presque toujours constatée, est admise par la plupart.

Bland-Sutton, au dire de Tait, l'a maintes fois relevée.

Engström conclut aussi à l'influence de la salpingite et de la périsalpingite sur l'épithélium.

J. Ross insiste sur les salpingites, sur la gonorrhée, sur les soins insuffisants que prennent certaines femmes après les fausses couches ou les accouchements, sur certains durs travaux, la multiparité, tous motifs à salpingites.

Mais il admet aussi comme causes : la compression de la

trompe par un fibrome et la malformation des organes génitaux internes.

Cette dernière influence a été surtout défendue en Allemagne pour expliquer les grossesses tubaires doubles ou récidivées.

Beck rappelle l'importance des recherches de Freund sur les malformations congénitales ou acquises des trompes.

Schroeder croit que le calibre deviendrait ainsi suffisant pour le passage du spermatozoïde, non de l'ovule fécondé.

Karl Abel se range à cet avis ; il invoque la torsion en spirale de la trompe, souvent bilatérale, ce qui expliquerait les grossesses doubles ou récidivées, cette disposition étant un reliquat d'infantilisme qui peut coexister avec d'autres.

Ainsi donc, salpingites d'un côté, malformations congénitales ou acquises de l'organe se combineraient souvent pour amener, suivant la théorie de Lawson-Tait, la fécondation de l'ovule en mauvais lieu et le développement d'une grossesse ectopique.

Nous devons ajouter qu'en dépit de la satisfaction que ces théories peuvent apporter à l'esprit, MM. Faure et Siredey concluent à l'impossibilité de connaître les causes de la grossesse tubaire. De plus surgit une autre difficulté. Les pièces d'opération ou d'autopsie sont le plus souvent dilacérées, ce qui rend toute précision aléatoire.

Quoi qu'il en soit, nous devons étudier quelle partie de la trompe l'œuf occupe habituellement. Il peut se fixer partout, depuis l'orifice utérin jusqu'aux franges du pavillon, constituant ainsi des variétés de grossesse tubo-ovarique, tubaire et tubo-interstitielle, dont l'évolution pourra être très différente suivant les cas, les deux premiers modes seuls nous intéressant en ce qui concerne la grossesse abdominale secondaire. En effet, Martin (centr. f. gynœk 1892, n° 39) a vu, sur 55 cas, l'œuf

siéger 49 fois dans l'ampoule tubaire, et cette énorme proportion expliquerait à ses yeux la fréquence très grande de l'expulsion tubo-abdominale, surtout dans les premières semaines de la grossesse ectopique, alors que les franges du pavillon ne sont pas encore agglutinées par des adhérences.

Il nous faut aussi dire quelques mots de la grossesse ovarienne. Lawson-Tait n'en nie pas la possibilité théorique, mais il la considère comme très rare. Martin, au Congrès de Bruxelles de 1892, prétendait déjà que le fait n'était pas si étrange qu'on voulait bien le dire alors, et l'examen histologique que Vaudescal rapporte dans l'observation que nous citons en entier vient montrer que la grossesse ovarienne primitive n'est pas un fait exceptionnel.

CHAPITRE III

ANATOMIE DE LA TROMPE GRAVIDE

Aussitôt que l'œuf s'est fixé dans un des sillons muqueux de l'oviducte, les annexes correspondantes subissent une vascularisation prononcée ; on voit surtout, au niveau du point d'implantation de l'œuf, des vaisseaux sillonner le ligament large. Ils se multiplient, se dilatent, parfois peuvent devenir variqueux. Pareil fait ne doit pas nous étonner ; il se passe également dans les grossesses utérines vraies, comme Budin l'a montré après d'autres. Et ce développement rapide n'est même pas suffisant pour permettre à la trompe, trop pauvre elle-même, malgré ce supplément de vaisseaux, de fournir au développement complet de l'œuf. La trompe augmente de volume. Ce changement de volume tient à deux faits : hypertrophie des parois de l'oviducte, développement du canal tubaire au siège d'insertion de l'œuf. A cet endroit se produit un renflement fusiforme, puis ampullaire, toujours très net, qui persiste avec ses caractères, permettant en l'absence de l'œuf d'affirmer presque sûrement l'existence de la grossesse tubaire. De très rares observations signalent une dilatation de tout le calibre de la trompe.

Que deviennent les orifices ? Le cas diffère aux deux extré-

mités du canal. L'orifice utérin est le plus souvent perméable. L'orifice abdominal, au contraire, est dans une condition toute différente. Sans parler des adhérences si fréquentes qui unissent le pavillon à l'ovaire et qui ferment celui-ci même en dehors de toute gravidité, il nous faut rappeler ici que l'œuf siège ordinairement dans le pavillon lui-même. Aussi ce dernier subit-il des transformations marquées. Bland-Sutton a bien montré comment, dans le premier mois, il reste ouvert, simplement congestionné et turgescent, tandis que, dans les semaines qui suivent et parfois très rapidement, ses franges s'accolent et ferment hermétiquement l'oviducte à son extrémité ovarique. Il y aurait là une transformation curieuse du péritoine adjacent qui formerait une collerette saillante envahissant peu à peu l'orifice pour le rétrécir, l'agglutiner et le fermer. Ceci nous explique pourquoi l'expulsion tubo-abdominale, si fréquente dans les premiers mois, devient plus rare ensuite pour faire place à la rupture.

Que deviennent les diverses tuniques de la trompe ? Elles sont peu modifiées en dehors du sac foetal, mais beaucoup plus au niveau de ce sac. Le développement de l'ampoule ovulaire efface les plis de la muqueuse. L'épithélium s'aplatit et s'allonge ; il disparaît complètement au niveau du futur placenta. La musculuse s'hypertrophie, mais ce processus n'est pas indéfini comme au niveau de l'utérus, de sorte que la paroi musculaire, malgré ses efforts, se laisse distendre, s'éraille par place, et s'amincit d'autant plus qu'on a signalé au milieu des faisceaux musculaires l'existence de grands espaces sanguins qui en amoindrissent naturellement la résistance. D'autre part, le chorion, futur placenta, la plupart du temps développé du côté opposé à l'insertion ligamenteuse de la trompe, use cette dernière par ses villosités qui vrillent la paroi en quête du sang

maternel et amorce ainsi une rupture qu'une cause occasionnelle minime ne saurait manquer de provoquer.

Ordinairement cette rupture se produit de la 4^e à la 12^e semaine. On sait qu'elle peut être beaucoup plus tardive. Ses modalités sont d'ailleurs bien connues et, en dehors des signes cliniques qu'elles comportent et que nous rappellerons bientôt, elles s'écartent du cadre de cette étude qui n'a trait qu'aux phénomènes consécutifs de migration et de greffe de l'œuf entier et vivant sur la séreuse péritonéale. Avant d'en venir là, nous devons décrire en quelques mots les faits satellites de la grossesse tubaire à son début. Ce sont, à peu de choses près, ceux qui marquent la greffe intra-utérine normale d'un ovule fécondé.

C'est avant tout l'arrêt des règles, puis toutes les modifications maternelles coutumières. Les seins grossissent, leur aréole s'élargit et se pigmente, le mamelon et les tubercules de Montgomery s'accroissent et se colorent également souvent de façon très prononcée, tandis qu'apparaît au niveau de l'abdomen une ligne verticale médiane brunâtre appréciable surtout chez les femmes brunes. On note également quelques troubles digestifs : anorexie, diarrhée ou constipation, parfois des vomissements. Des modifications surviennent aussi du côté du tractus vulvo-vaginal qui se vascularise, devient plus chaud, plus souple, plus humide aussi, du fait de l'hypersécrétion de sa muqueuse.

En outre, l'accord est bien fait sur ce point que les modifications de l'utérus sont importantes. En effet, toutes les observations rapportent, qu'il s'agisse de grossesse tubaire rompue ou opérée avant rupture, ou même de grossesse péritonéale, que l'on a trouvé l'utérus constamment augmenté de volume, pouvant être gros comme le poing, disent les auteurs qui l'ont vu,

au terme qu'atteignent parfois les grossesses ectopiques, sa cavité mesurant alors une douzaine de centimètres de longueur. De plus, et tout comme si un œuf y était implanté, sa muqueuse se transforme, l'épithélium s'aplatit, devient cubique, les tubes glandulaires s'hypertrophient ; on voit apparaître dans le chorion muqueux des traînées de grosses cellules claires qui ont tous les caractères des cellules déciduales. La muqueuse ainsi modifiée dans sa structure devient caduque et s'élimine par lambeaux au cours de la grossesse, sans que cette élimination implique la mort de l'enfant et soit un signe de rupture ou d'avortement.

CHAPITRE IV

(Première partie)

LES GROSSESSES PERITONEALES

L'étude des grossesses péritonéales primitives ne nous retiendra pas. Les cas en sont trop rares et d'ailleurs trop controversés pour qu'il soit possible d'en tirer une idée générale. Nous nous attacherons plutôt à trouver une cause à ce fait qu'au lieu d'être expulsé mort, soit à travers l'ostium tubaire, ou plus rarement à travers l'ostium tubo-utérin, soit encore par la brèche dès longtemps amorcée par la nidation tubaire, l'œuf émerge vivant de son premier abri et va se greffer sur un point quelconque du péritoine où il évoluera. Nous éliminerons également, quoique de façon arbitraire, les cas très rares où l'œuf fait irruption entre les feuillets du ligament large. La rareté de ces cas est justifiée par ce fait que nous avons signalé de la propension beaucoup plus grande qu'a le placenta de se développer du côté où la trompe est libre que du côté de son bord adhérent.

L'étude des différentes observations que nous avons pu recueillir nous amène à des conclusions différentes, suivant que l'on envisage un œuf greffé dans le pavillon ou dans son voisinage immédiat, ou encore, fait rare, au niveau de l'ovaire, ou

suivant que l'on a affaire à un œuf greffé vers la partie moyenne de la trompe.

L'ŒUF EST DANS LE PAVILLON
A SON VOISINAGE
AU NIVEAU DE L'OVAIRE.

Dans ces trois cas les faits seront simples. Dans les observations où l'on voit le sac foetal affecter un rapport étroit avec l'ostium tubo-abdominal ou l'ovaire même, les anamnestiques témoignent fort bien que les débuts de la gestation furent très troublés par de fréquentes crises douloureuses du côté du bas-ventre, crises accompagnées en général de pertes sanguines, coïncidant parfois avec l'expulsion de débris de caduque.

L'œuf « ovarien » est la plupart du temps localisé à la surface de l'organe et son expulsion, si, comme presque toujours, elle était suivie de sa mort, passerait inaperçue, les signes cliniques observés à cette occasion n'étant pas extrêmement marqués.

Quant à l'œuf, du pavillon ou du tiers externe de la trompe, s'il arrive à sortir vivant de son habitat et à continuer ailleurs son évolution, c'est qu'il avorte, mais qu'il avorte mal.

En effet, ses villosités avides de sang ont perforé des vaisseaux mal adaptés à ce but imprévu de nutrition qui leur est brusquement imposé. Puis leur développement les a obstrués. Elles ont plus tard subi une dégénérescence myxomateuse et une rétraction qui a débouché ces vaisseaux. Il y a eu hémorragie, par apoplexie extra-ovulaire, et l'œuf s'est décollé, il n'est plus nourri, il va mourir. Mais l'hémorragie qui, dans tant d'autres circonstances, lui est funeste, lui est ici favorable, l'ostium tubaire n'est pas encore obturé par la réaction péri-ostiale que Bland-Sutton décrit si magistralement ; l'œuf glisse

à la faveur d'une contraction tubaire. Comme de plus l'hémorragie en péritoine un peu septique (comme il faut qu'il soit pour déterminer une coagulation rapide du sang) a préparé à cet œuf un lit de néo-membranes qui s'agencent en un sac plus ou moins bien formé ; comme aussi la trompe gravide est, si elle est libre par en haut d'adhérences avec les anses intestinales, prolabée dans le cul de sac de Douglas, il devient très compréhensible que l'œuf se trouve dans des conditions aussi bonnes, sinon meilleures, disent les observations, que dans la trompe, pour poursuivre son évolution. Un point délicat reste à discuter dans cette circonstance. Certains auteurs ont prétendu que l'œuf pouvait émigrer dans le péritoine, son sac rompu, son placenta restant adhérent à la trompe et suffisant à assurer sa nutrition pendant toute son évolution.

Lawson-Tait déclare la chose impossible, le fœtus devant être alors digéré par l'endothélium péritonéal. A cette explication dont la preuve formelle manque, nous ajoutons celle de la grande et bien connue intolérance de la trompe pour un placenta, aux besoins desquels elle cesse rapidement de pouvoir fournir et dont nous savons qu'elle fera tout pour se débarrasser ; et nous refusons, avec la plupart des auteurs, d'admettre la possibilité de la nutrition à distance d'un fœtus si dépourvu de protection et sans relation avec la vie qu'une frêle tige funiculaire, l'unissant à un placenta dont les rapports avec la paroi tubaire deviendront chaque jour plus difficiles.

Etudions maintenant les conditions très voisines (bien que différentes d'aspect) de celles que nous venons d'indiquer, dans lesquelles l'œuf, plus profondément engagé dans le canal tubaire, ne peut revenir en arrière, fixé dans la dilatation que son volume a déterminée, retenu d'autre part par la coalescence des franges du pavillon. Nous avons longuement examiné les

altérations de la paroi tubaire, et la préparation de la rupture par l'expansive vitalité du placenta.

Cette rupture se produit. Elle a été extrêmement bien décrite par Cestan et nous nous bornerons à résumer cette description, puisque nous n'avons pas en vue, comme lui, la seule étude de l'hématocèle consécutive à la rupture d'une trompe gravide.

Le placenta détermine la rupture, il y a hémorragie extra-tubaire. Deux cas peuvent se présenter : ou le placenta se décolle en masse et l'œuf n'a plus aucun lien avec la trompe, il peut être alors expulsé et tomber aussitôt dans le péritoine, en même temps que la trompe se rétracte et que l'hémorragie s'arrête, ou le placenta ne se décolle pas entièrement et l'hémorragie continue, dont les conséquences seront suivant sa rapidité, son importance et l'état antérieur du péritoine, l'hématocèle pelvienne ou l'inondation péritonéale, en tout cas, la mort certaine de l'œuf.

C'est la première éventualité, la rupture par exulcération plus que par éclatement de la trompe, exulcération qu'accompagne une hémorragie de peu d'importance, et un décollement complet du placenta, gage lui-même de cette faible hémorragie, absolument comme s'il s'agissait d'une délivrance utérine normale, qui est la plus propice au développement abdominal secondaire de l'œuf libéré.

(Deuxième partie)

GREFFE PERITONEALE DE L'ŒUF

Quel que soit le point de la séreuse où l'œuf parvienne à se fixer, le sac est toujours le même. Son caractère essentiel est d'être très hétérogène. Nous l'avons vu à l'origine constitué par

les néo-membranes que lui a fournies l'hémorragie libératrice. Ces néo-membranes, plus ou moins épaisses, se vascularisent, adhèrent fortement aux organes voisins que nous savons être le plus fréquemment les anses intestinales et le méso-colon iliaque (puisque nous envisageons le cas le plus commun de grossesse secondaire à début pelvien). L'œuf joue là le rôle d'excitant d'un processus de péritonite plastique dont il est le centre et qui l'emprisonne. Un peu au hasard, des anses intestinales forment, adhérant entre elles un fragment de paroi kystique qui s'adosse pour clore la cavité à la paroi pelvienne, à la vessie, au ligament large. Le péritoine qui recouvre ces organes est vite parcouru par de nombreuses et importantes néo-formations vasculaires absolument comparables à celles que nous avons vues se développer au niveau du kyste tubaire primitif et dont la déchirure, soit au cours de l'évolution même de la grossesse, soit au cours de l'intervention, sera un grand danger, d'autant plus grave d'ailleurs que l'évolution du placenta viendra encore compliquer le tableau.

En effet, ce placenta n'a rien perdu de ses qualités d'adhérence et d'avidité qui ont déjà déterminé l'exulcération du kyste tubaire primitif et l'expulsion de l'œuf. Dans les nouvelles conditions où il se trouve placé, il augmente de volume, s'étale largement et irrégulièrement à la surface intérieure du sac, envoyant partout des cotylédons aberrants, enfonçant ses villosités dans les néo-vaisseaux, tandis que s'ébauche sur la surface de cette insertion une réaction déciduale de l'endothélium péritonéal, réaction caractérisée par des trainées de grosses cellules polygonales en tous points comparables à celles qui constituent la *decidua uteri*.

Nous voici donc au point de rencontre de deux séries de faits. D'un côté, l'œuf s'est échappé par l'ostium tubaire, d'un

autre côté c'est par une ouverture artificielle qu'il a été mis en liberté.

A partir de ce moment, sa destinée sera univoque.

La plupart du temps, les adhérences déterminées par les suffusions sanguines des nombreuses petites apoplexies extra-ovulaires qui ont précédé soit l'exulcération tubaire définitive, soit l'expulsion tubo-abdominale, empêchent l'œuf d'aller beaucoup plus loin. Aussi le voyons-nous presque toujours se fixer au voisinage immédiat de son habitat primitif, c'est-à-dire sur le péritoine pelvien et surtout les culs-de-sac péri-utérins, celui de Douglas en premier lieu. On le trouve également inséré, partie sur une trompe, partie sur le méso-colon iliaque ou sur les anses intestinales, ou encore sur le fond de l'utérus. Il n'est pas exceptionnel de le voir implanté assez haut sur les parois pelviennes. Il est beaucoup plus rare de le rencontrer en d'autres points, et l'on cite comme tout à fait extraordinaires le fait de Seligmann qui vit un œuf secondairement greffé à la face inférieure du foie, celui de Lane qui en découvrit un dans la région lombaire.

CHAPITRE V

EVOLUTION ET ACCIDENTS DE LA GROSSESSE PERITONEALE SECONDAIRE

Bien que l'œuf soit un peu plus au large, bien que son placenta puisse s'étaler sur une surface plus grande et que, somme toute, les conditions d'existence lui deviennent tout d'abord un peu moins difficiles, il n'en est pas moins exact de prétendre que, sauf quelques cas tout à fait exceptionnels, il n'arrivera pas à terme.

En effet, l'apport sanguin du péritoine, bien que supérieur à celui de la trompe, ne se saurait en aucune façon comparer à celui de l'utérus gravide normal, ce qui constitue une première condition d'hypotrophie.

D'autre part, la situation d'un placenta étalé sur des anses intestinales constitue pour l'œuf un grave danger. On conçoit que l'adhérence qui lie le placenta à ces organes si mobiles soit des plus précaires, en raison même de cette mobilité. Quelle que soit en effet la solidité des néo-membranes qui unissent entre elles ces anses, elles ne sauraient s'opposer aux mouvements tant actifs (péristaltisme) que passifs (dilatation par les gaz souvent considérables).

Ces alternatives d'expansion et de rétraction ne conviennent

en aucune façon à l'invariabilité de volume du placenta, qui, dans ces conditions et absolument comme au cours d'une délivrance normale, dans un utérus qui se rétracte, se décolle et détermine par son décollement une hémorragie qui peut attirer cliniquement l'attention parfois de façon pressante, en tout cas suffisante, pour restreindre la vitalité déjà faible de l'œuf ou même l'abolir. Cependant l'œuf peut échapper à ces dangers constants d'hypotrophie et de décollement et poursuivre son évolution. Il existe, avons-nous dit plus haut, des grossesses péritonéales secondaires qui sont arrivées à terme, on voit dans quelles conditions presque miraculeuses. La règle est que le fœtus meure avant ce terme, parfois prématurément vers le cinquième mois, souvent plus tard vers le septième mois de la gestation. Sa destinée est alors très variable : très souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, il s'incruste de sels calcaires, perd toute connexion avec son placenta qui se résorbe au moins partiellement, en même temps que les néo-formations qui lui faisaient un utérus de fortune, et il devient libre dans la cavité abdominale où on le retrouve, petite statue de pierre, au bout d'un temps parfois très long, des dizaines d'années, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations. C'est le lithopédion pour lequel la tolérance des organes abdominaux est la plupart du temps assez grande, encore que l'on connaisse des cas de macération tardive de ce lithopédion, source d'infections péritonéales avec tous leurs risques.

On sait, d'autre part, la facilité avec laquelle les micro-organismes traversent la paroi intestinale ou tubaire. On conçoit qu'elle sera encore accrue en la circonstance que nous étudions par la congestion de l'anse ou de la trompe et par l'altération de leur tunique séreuse affouillée par les villosités placentaires. Il s'ensuit qu'à la faveur du décollement ou même en dehors de

cette éventualité, l'infection du sac est très possible après la mort du fœtus. C'est un accident grave qui se termine très souvent par une péritonite généralisée mortelle, comme en font foi deux observations de M. le Professeur Vautrin (de Nancy) que nous avons pu recueillir. Une éventualité plus heureuse peut faire aussi que le kyste foetal suppuré, présentant des parois assez résistantes, vienne à s'ouvrir spontanément dans un viscère creux (intestin, rectum, vessie, utérus, vagin), soit même à la peau. Il en résulte d'interminables fistules avec lente élimination de petits ossements.

Enfin, il n'est pas exceptionnel que le kyste foetal, généralement dans la seconde partie de son évolution, détermine des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

On voit, en somme, qu'hémorragie interne pendant toute la gestation, péritonite (de quelque manière qu'elle éclate) par la suite, sont les principaux risques de l'évolution abdominale de la grossesse.

CHAPITRE VI

SYMPTOMES DES GROSSESSES PERITONEALES SECONDAIRES

Ce chapitre comprend deux parties très distinctes, suivant que l'on considère la gestation avant ou après le cinquième mois. Disons immédiatement que, au moins en ce qui concerne la première de ces deux périodes, le titre de ce chapitre est, bien que nécessaire, grandement présomptueux.

Il n'existe pas, en effet, de signe qui permette d'affirmer l'existence d'une grossesse abdominale secondaire à son début. Nous retombons dans la description très classique des grossesses ectopiques en général, description que nous avons d'ailleurs ébauchée à propos des phénomènes généraux qui l'accompagnent.

Il ne nous reste donc qu'à énumérer rapidement, d'une part, les troubles qui obligent les femmes porteuses de grossesses anormales à venir consulter le médecin et, d'autre part, les signes objectifs qui permettent d'affirmer l'anomalie de ces gestations.

Tout d'abord, ce sont des douleurs, douleurs spontanées ou non, survenant sous l'influence d'un effort, d'une défécation, d'un coït, et siégeant dans le bas-ventre, se répétant par crises

parfois prolongées, présentant des irradiations variables, des caractères de violence également variables puisqu'elles peuvent aller de la simple sensation de gêne et de lourdeur jusqu'à la colique salpingienne si aiguë que les malades se disent prêtes à se trouver mal, et bien souvent prennent le lit. En même temps, l'intestin réagit à l'irritation que lui cause cette poche à l'évolution si active. Cette réaction se traduit, en dehors des crises, par un état presque permanent de tension abdominale un peu douloureuse et par des alternatives de diarrhée violente ou de constipation tenace que l'on voit souvent accompagnées de vomissements, ces troubles digestifs, que nous avons déjà mentionnés d'ailleurs, n'étant pas très spéciaux aux grossesses ectopiques, puisqu'ils coexistent fréquemment, on le sait, avec la gestation la plus normale.¹

En même temps, les malades se plaignent de pertes. Pertes sanguines ou séro-sanguines, d'abondance variable, dont il est assez malaisé de fixer le caractère, bien que d'habitude elles soient surtout du sang noirâtre, poisseux. En effet, ces pertes peuvent être très faibles, presque constantes, ou survenir par poussées tantôt irrégulières, tantôt régulières, affectant alors un type pseudo-cataménial qui peut très bien les faire prendre pour de vraies règles.

Elles coexistent de plus avec les douleurs que nous avons décrites, et aussi avec l'expulsion de débris de caduque utérine, tout le tableau que nous venons d'esquisser pouvant très bien, à un examen superficiel, passer pour celui de la dysménorrhée membraneuse.

Cependant, un examen plus attentif peut mettre sur la voie du diagnostic. En effet, même dès les premiers mois d'une gestation ectopique, le toucher vaginal minutieux peut apporter des renseignements importants. Il montre un utérus haut placé,

dont le col, assez difficilement accessible, est sensiblement ramolli, tandis que son corps, refoulé la plupart du temps en avant, est augmenté de volume. En même temps, on observe une tuméfaction douloureuse d'un des culs-de-sac péri-utérins, tuméfaction adhérente ou non à l'utérus, tuméfaction dont l'accroissement, beaucoup plus rapide que celui de l'utérus, coïncide toujours avec les douleurs et les pertes sanguines, tandis qu'aucun phénomène d'hyperthermie n'est constaté et que les signes généraux de gestation, prenant de l'importance, permettent d'éliminer presque à coup sûr l'hypothèse d'une salpingite suppurée qui vient assez naturellement à l'esprit. L'évolution continue, toujours suivie par les accidents douloureux et hémorragiques qui peuvent, à un moment donné, marquer soit la mort ou l'expulsion de l'œuf, soit son passage et son implantation dans la cavité abdominale, accidents qui sont pris très souvent pour ceux d'un avortement banal. Et nous venons alors à examiner la malade vers le cinquième mois qui suit l'arrêt de règles, qui a, en premier lieu, attiré son attention. A ce moment, ou la grossesse ectopique s'est terminée sans accident trop aigu, et nous avons affaire aux symptômes respectifs de l'hématosalpinx ou de la petite hématoçèle pelvienne dont l'étude ne nous retiendra pas, ou elle continue à évoluer et nous nous trouvons alors en présence d'un complexe symptomatique que nous allons tâcher d'analyser : Il nous semble tout d'abord rationnel d'admettre que la faible trompe a cessé depuis assez longtemps déjà d'abriter et de nourrir l'œuf et que celui-ci est devenu franchement abdominal. D'ailleurs, si nous en doutions, les dires de la malade nous éclaireraient vite. En effet, elle perçoit les mouvements actifs du fœtus, et ceux-ci sont souvent pour elle une source nette de douleurs intestinales des plus vives. En même temps, du fait du processus nécessairement extensif de néo-for-

mation du sac foetal, et peut-être d'infection légère, on assiste à des phénomènes passagers de péritonite localisée assez franche avec hyperesthésie et défense de la paroi abdominale, arrêt temporaire des matières et des gaz, parfois des vomissements, de la fièvre, de l'accélération du pouls, ces phénomènes pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale aiguë dont nous avons déjà signalé le danger.

L'examen pratiqué à cette époque est, en général, concluant. On est en présence d'un abdomen augmenté de volume, contenant un gros kyste irrégulier non-médian, dans lequel la palpation permet de reconnaître un foetus dont les mouvements actifs et les bruits du cœur sont perceptibles. Le toucher vaginal permet de sentir un col ramolli, mais moins modifié que dans la grossesse normale, tandis qu'une masse médiane, le plus souvent isolable de la tumeur, est reconnue pour être le corps utérin augmenté de volume. En même temps, dans un des culs-de-sac, on peut percevoir une tête foetale, un petit membre ou une masse molle, douloureuse à la palpation et animée de battements, qui est le placenta.

Plus tard, on approchera du terme et tous ces symptômes ne feront que s'accroître si le foetus vit encore, menaçant de plus en plus l'existence de sa mère et commandant de plus en plus l'intervention dont nous reparlerons bientôt.

Mais nous savons que, la plupart du temps, il meurt et nous nous trouvons alors en présence de deux séries de faits. Ou il meurt pour ainsi dire insensiblement. Les uns après les autres (hormis la tuméfaction abdominale qui se réduit alors seulement) disparaissent les signes de la grossesse, et la mère étonnée vient demander au médecin ce qu'a pu devenir cet enfant qui l'a tant et si longtemps tourmentée, ou elle ne vient pas et se prépare à

garder pour toute sa vie un lithopédion ou un kyste foetal qui pourra s'infecter à une époque plus ou moins rapprochée.

Où sa mort est signalée par les faits importants du faux travail. Encore que ce faux travail puisse se produire, le foetus étant encore vivant.

Au cours de ce faux travail surviennent des crises douloureuses violentes à caractère expulsif, absolument comparables aux vraies douleurs de l'accouchement, accident difficile souvent, lui aussi, à distinguer d'un avortement banal.

Mais seule la caduque utérine est expulsée, parfois en bloc (Pinard), à travers un col que le doigt trouve bien ouvert. Suit pendant quelques jours un écoulement à caractère nettement lochial, en même temps que l'on assiste à une montée laiteuse. Puis tout cesse et l'évolution de cette catégorie de faits redevient identique à celle des cas où le foetus meurt sans bruit.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

On conçoit qu'en l'absence d'anamnestiques aussi importants, le diagnostic de grossesse ectopique puisse être difficile après la mort du fœtus, alors qu'il est le plus souvent si aisé à l'aide de tout le faisceau de faits que l'on trouve réuni vers le cinquième mois d'une pareille gestation. Pareille difficulté, l'on s'en souvient, se rencontrait au début, où la présence d'une tumeur juxta utérine pouvait faire penser à un fibrome ou une salpingite, tandis que l'expulsion de débris de caduque, accompagnée de douleurs, et se produisant à intervalles parfois réguliers, pouvait faire croire à une simple dysménorrhée membraneuse ou à un avortement utérin.

On rencontre aussi quelques incertitudes si, à une époque quelconque de la gestation, on porte le diagnostic de grossesse ectopique, dont les signes physiques peuvent être confondus avec ceux que fournit l'examen d'un utérus gravide en rétro ou en latéro-flexion, d'un utérus porteur d'une grossesse angulaire (dont l'évolution naturelle, rappelons-le, est presque toujours favorable), voire même d'un utérus double dont une des moitiés seule est gravide.

Il découle de l'énoncé de ces difficultés que l'un des points

essentiels de l'examen sera la recherche attentive d'un corps utérin que la tumeur foetale aura pu refouler dans des directions variés ou même englober de ses adhérences au point que l'on ne peut plus l'en isoler.

Si on ne le trouve pas, il ne nous semble pas que ce soit une raison suffisante pour s'abstenir. En effet, si l'on met en parallèle tous les risques que nous avons énumérés et que court une femme porteuse d'une grossesse ectopique que son foetus soit vivant ou mort, et ceux d'une laparotomie, qui peut se borner à n'être qu'exploratrice, on n'hésitera pas à intervenir aussitôt qu'une présomption vraiment sérieuse de gestation ectopique aura pu résulter d'examens attentifs et répétés.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous ne serons donc pas abstentionnistes et nous refuserons, si le fœtus est vivant, d'exposer sa mère soit à la rupture précoce avec inondation péritonéale, soit plus tard à l'aventure extraordinaire et tragique que nous rapporte Vaudescal, ou, s'il est mort, aux risques importants d'infection péritonéale à terminaison plus ou moins heureuse. Aussi interviendrons-nous, à quelque époque de la gestation que soit porté notre diagnostic. On sait, en effet, combien peu, dans cette circonstance, pèsent l'existence si aléatoire d'un enfant en face des accidents que sa présence peut déterminer. Nous y avons insisté, appuyé par l'autorité de Werth, Pinard, Segond, J.-L. Faure, qui sont tous d'accord sur la nécessité de l'intervention et qui ne discutent que sur ce point de la tenter qu'en toute tranquillité, sans avoir la main forcée. Cependant, quand nous venons à cette intervention, il nous est impossible d'établir d'avance une distinction, car, si nous avons pu porter le diagnostic de grossesse ectopique, ou même, opérant d'urgence pour des phénomènes d'inondation péritonéale ou de péritonite, celui de grossesse tubulaire rompue ou infectée, il nous a semblé trop risqué de parler avec certitude de grossesse abdominale.

Aussi est-ce presque une surprise de trouver à l'ouverture de l'abdomen un fœtus libre parmi les anses intestinales. On est alors (si on excepte du tableau les accidents qui ont pu faire intervenir d'urgence) en présence de deux séries de faits différents, suivant que le fœtus est encore vivant ou mort très récemment, ou qu'il est mort depuis longtemps déjà.

Nous devons dire immédiatement que, si la femme a eu la chance d'arriver jusque là sans accidents graves, c'est à ce moment que le danger de l'opération sera le moindre. En effet, si l'infection a épargné le fœtus mort, toutes les néo-formations membraneuses et vasculaires qui l'enveloppaient et le nourrissaient sont en voie de régression, et toute l'intervention se bornera à une facile cueillette du fœtus et de son placenta, cela sans hémorragie. L'acte opératoire, peu shockant, se terminera par une suture complète, sans drainage, et toute cette histoire périlleuse aura un dénouement des plus bénins. (Observ. de Pinard, Heines, etc.)

Malheureusement on est le plus souvent forcé d'intervenir avant la fin de cette évolution que rien, à longue échéance, ne permet de pronostiquer favorable, soit que l'expectation ne semble pas assez « armée », comme le voudrait M. le Professeur J.-L. Faure, pour parer aux accidents possibles, soit que ces accidents par leur brusquerie imposent l'opération. Les observations que nous rapportons montrent, par la diversité d'attitude adoptée par leurs auteurs en présence de cas apparemment analogues, qu'il serait vain de vouloir régler d'avance une technique que les événements se chargeraient de rendre impraticable. En effet, une fois que l'on a ouvert l'abdomen et extrait le fœtus, on est loin de savoir ce qui va se produire. On va tenter l'extirpation du sac, mais c'est au prix de dangers graves. C'est d'abord l'hémorragie par rupture des néo-vais-

seaux qui (l'observation de Vaudescal entre autres nous le montre) peut être incoercible et mortelle. C'est aussi l'ouverture d'une anse intertinale, du rectum de la trompe plus ou moins bien cicatrisée, qui a donné autrefois issue à l'œuf avec tous les risques d'infection de la surface pelvienne cruentée que cette éventualité comporte. En dépit de ces risques, la nécessité, l'état d'anémie et de shock de la malade peuvent amener le chirurgien à tamponner la cavité kystique, laissant à la nature le soin d'éliminer les débris du kyste et du placenta.

Mais c'est là une opération qui ne donne qu'une sécurité momentanée, et les cas sont nombreux qui condamnent ce procédé hâtif et en restreignent les indications aux seuls cas d'absolue nécessité.

Il reste alors en présence d'une adhérence trop grande, d'une hémostase difficile, une ressource évidemment radicale, mais précieuse, à laquelle la malade de Bergouignan doit la vie, qui aurait sans doute servi davantage à celle de Vaudescal s'il y avait pu recourir plus tôt. Nous voulons parler de l'hystérectomie. En effet, on sait que tous les dangereux néo-vaisseaux émanent surtout de l'artère utérine et de la tubo-ovarienne. On sait aussi que les adhérences du placenta se font pour la plus grande part sur l'utérus, une des trompes ou un cul-de-sac péri-utérin. Il devient alors facile de comprendre que l'hystérectomie sera vraiment l'opération susceptible de donner les meilleurs résultats dans les cas les plus embarrassants, puisqu'après péritonisation et suture, on pourra être entièrement rassuré. Il ne nous faut pas manquer de parler aussi du procédé qui consiste, après avoir réussi à extirper le sac sans déterminer d'hémorragie trop abondante, à placer dans le pelvis cruenté un tamponnement à la Mickulicz ou même un simple drain que l'on raccourcira aussi rapidement que possible.

POST-FACE

Si nous jetons à présent un regard en arrière sur cette brève étude que nous avons voulu plus cohérente que complète, nous ne pouvons que nous féliciter, après examen des documents et des observations qui nous ont servi au cours de ce travail, d'avoir pu choisir comme point de départ un cas aussi net et aussi typique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, que celui dont notre ami Bergouignan nous a fourni le récit : arrêt des règles, faux avortement, douleurs, accidents d'hémorragie interne ayant nécessité l'intervention. La découverte et l'ablation, lors de cette opération d'un kyste foetal que l'on a pu conserver intact, tandis que l'hémorragie contraignait à l'hystérectomie, rien ne manque à ce tableau très extrême, et nous répétons que nous sommes heureux d'appuyer nos conclusions sur les données qu'il nous a fournies.

OBSERVATIONS

Un cas de grossesse péritonéale secondaire, par M. Louis Bergouignan, interne des hôpitaux (Société Anatomique de Paris).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société Anatomique cette pièce opératoire intéressante à un double point de vue. C'est, en effet, une grossesse péritonéale secondaire, fait relativement rare en clinique, et, d'autre part, nous avons eu la chance de pouvoir enlever l'œuf complet sans rompre les membranes.

Voici, résumée, l'observation de la malade :

Mme D..., 32 ans, Arménienne, entre le 5 octobre 1924, à 21 heures, dans le service de notre maître, le D^r Riche, à l'hôpital Tenon.

Cette malade, qui a un retard de règles de deux mois et demi, est amenée à l'hôpital pour des métrorragies, peu abondantes d'ailleurs, et surtout avec des signes d'hémorragie interne très accentués.

En l'interrogeant, on apprend qu'un mois auparavant, elle a déjà été hospitalisée dans un service de chirurgie pour des métrorragies et qu'à ce moment on a parlé d'avortement. Ces pertes ont rapidement cessé sous l'influence du repos, et la malade est sortie de l'hôpital au bout de quelques jours.

Actuellement, elle se plaint de douleurs sourdes dans le bas-ventre, sa température est au-dessous de la normale, son pouls est petit, bat aux environs de 120. Les lèvres, le visage sont décolorés, les extrémités, le nez sont froids.

L'abdomen est légèrement ballonné, douloureux dans sa partie inférieure ; on perçoit à ce niveau un peu de contracture de défense.

Le toucher vaginal montre un cul-de-sac postérieur gros, bombant dans le vagin, douloureux.

Antécédents : trois enfants bien portants, pas de fausses couches antérieures.

Devant ces symptômes, on porte le diagnostic d'hématocèle, et on décide l'intervention.

Opération à 23 heures sous rachistovaïnisation, avec notre collègue Desprairies.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas de sang sous le péritoine. Le sigmoïde adhère au fond de l'utérus et ce n'est qu'après avoir libéré ses adhérences que l'on constate : un utérus un peu augmenté de volume et la trompe gauche complètement dilacérée, saignant assez abondamment. Il y a, d'ailleurs, une quantité notable de sang dans le petit bassin. Derrière l'utérus, et semblant faire corps avec lui, se trouve une masse du volume d'une pomme, masse que l'on ne peut arriver à isoler. D'autre part, l'hémostase est très difficile au niveau de la trompe gauche ; dans ces conditions, on se décide à faire une hystérectomie sub-totale et on enlève le tout d'un bloc. Péritonisation. Paroi en trois plans.

Les suites opératoires ont été normales. Le lever a été un peu retardé par l'élimination d'un catgut au niveau de la paroi ; on réunit celle-ci secondairement.

La malade est sortie, guérie, le 30 novembre 1924.

Telle est l'histoire de cette malade. On se trouvait donc en présence d'une grossesse péritonéale développée dans le Douglas et fixée à la face postérieure de l'utérus par quelques fragments placentaires. Cette grossesse péritonéale est bien secondaire, ainsi que l'attestent ce premier accident survenu au bout d'un mois de retard et la dilacération de la trompe gauche.

VAUDESCAL. — *Cas de grossesse péritonéale secondaire. — Accouchement à terme par effraction du cul-de-sac de Douglas. — Mort par hémorragie de la délivrance.*

Le 12 septembre 1924, Mme P..., primipare, se présente à la clinique Tarnier pour y accoucher. Ses dernières règles remontent au 8 décembre 1923. A l'examen par le palper, rien de particulier. Le volume de l'abdomen est celui d'une grossesse près du terme. La tête foetale est profondément engagée, le dos est à droite. On entend très nettement les bruits du cœur foetal de ce côté. Cet examen confirme un examen antérieur fait à la consultation quinze jours auparavant.

Cependant, la femme accuse des douleurs assez vives ; on pratique un toucher afin de se rendre compte de l'importance de la dilatation. Ce toucher montre qu'il n'existe au fond du vagin rien qui ressemble à un col dilaté ou non. Dans ces conditions, je vois la femme à 22 heures ; les douleurs sont très vives avec caractère nettement expulsif. Deux valves mises en place dans le vagin montrent la convexité de la tête foetale qui bombe en arrière du périnée à chaque contraction abdominale. Elle est recouverte d'une membrane violacée, épaisse, ne donnant ni à la vue ni au toucher l'impression du tissu cervical, mais

présentant en son centre une petite élevation blanchâtre qui peut, à la rigueur, représenter l'orifice externe du col. Les contractions devenant de plus en plus violentes, à l'aide d'une pince de Kocher, on cherche à dilater cette cicatrice ; très facilement, on ouvre une brèche rapidement agrandie, tant par un mouvement de circumduction des doigts que par sa dilatation spontanée. Une mince paroi membraneuse recouvre encore la tête foetale ; on pense que c'est la poche des eaux qui, rompue immédiatement, laisse s'écouler une très légère quantité de liquide séro-sanguinolent. Immédiatement la tête se dégage en O. P., spontanément, à la faveur des efforts expulsifs de la femme et d'une très légère expression abdominale. On termine rapidement l'extraction de l'enfant, une fille, qui crie aussitôt ; normalement constituée, sans la moindre malformation, elle pèse 2 kil. 800.

Jusqu'à ce moment, on a l'impression d'un cas d'atrésie du col d'un aspect particulier qu'on se réserve d'examiner, la délivrance effectuée.

Mais cette dernière tardant, et comme la femme saigne un peu, on tente une délivrance artificielle par injection funiculaire, manœuvre qui échoue et provoque une hémorragie formidable, telle que l'on décide d'en venir à la délivrance manuelle. En suivant le cordon, la main pénètre dans ce qu'on croit être l'utérus. Elle ne rencontre pas de masse placentaire, mais une simple surface tomenteuse, sans limites précises, dont on extrait difficilement quelques lambeaux. La femme saigne de plus en plus.

En cherchant à pratiquer cette délivrance artificielle, on perçoit soudain, du côté gauche de l'abdomen, un corps utérin à peine du volume du poing. Ce n'est qu'à ce moment qu'on

s'aperçoit qu'on est en présence d'une grossesse ectopique au terme.

On décide une laparotomie immédiate qui confirme le diagnostic. Utérus et annexes gauches d'aspect normal, bien que l'utérus soit un peu augmenté de volume. A droite, il n'existe qu'une amorce de trompe ; le reste des annexes, infundibulum et pavillon tubaire, ainsi que l'ovaire, est remplacé par une vaste poche membraneuse adhérente aux anses intestinales, au fond de laquelle se vient étaler le cordon et s'insérer. Les parois de ce sac membraneux sont le siège d'une hémorragie profuse telle que, pour essayer de l'arrêter, on pratique rapidement la ligature des pédicules utéro-ovariens et l'hystérectomie. Cela fait, l'ablation du sac foetal étant impossible en raison des adhérences qui l'unissent aux intestins, on termine par la marsupialisation et le tamponnement serré du sac.

L'intervention est terminée rapidement par suture de la paroi. Mais la femme, depuis l'essai de délivrance manuelle, a perdu une énorme quantité de sang. Elle est extrêmement shockée lorsqu'on la remet dans son lit. Malgré toute la thérapeutique mise en œuvre : adrénaline, transfusion sanguine arrêtée à 80 grammes parce qu'elle semble aggraver les phénomènes de shock, sérum, huile camphrée, la femme succombe deux heures après l'intervention.

Remarques. — L'autopsie n'a pu être pratiquée, mais nous avons appris, en interrogeant la famille de notre malade, que, dans le mois de janvier 1924, elle s'était plainte de douleurs abdominales ; qu'en février, elle avait eu des pertes de sang qui avaient fait songer à un avortement, et qu'elle était entrée à l'hôpital Saint-Joseph pour y être curettée, mais là on avait cru à des accidents de péritonite ; elle avait été traitée par des applications de glace sur le ventre et on lui avait parlé d'une

intervention possible. Prise de peur, elle avait quitté l'hôpital, et la grossesse avait continué péniblement, sauf les derniers mois où elle se sentait mieux.

L'examen histologique de l'ovaire gauche l'a montré éclaté et bourré de tissu placentaire. Il s'agissait donc d'une grossesse ovarienne ou tubo-ovarienne très externe, devenue secondairement péritonéale après rupture du sac foetal primitif, rupture dont les accidents de janvier 1924 avaient amplement témoigné.

Note de Vaudescal à propos de son observation. — Le placenta vit étalé aux dépens d'une néo-formation de vaisseaux extrêmement abondants et dont le contrôle échappe au moment de la délivrance.

Observation de M. MAUCLAIRE, présentée le 19 mai 1915 à la Société de Chirurgie.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, dont les dernières règles datent de juillet dernier.

Elle a été prise, en octobre, de métrorragies incessantes qui l'ont déterminée à venir à l'hôpital.

On l'examine en novembre et on constate la présence, derrière un utérus un peu gros, d'une masse dure qui refoule le col en avant.

L'inévitable et d'ailleurs inoffensive erreur est commise, le diagnostic de grossesse tubaire est porté, l'expectative décidée.

Le 18 décembre, en présence d'une masse très augmentée de volume, on opère et on trouve un foetus qui vit encore un instant et qui est inclus dans une poche formée par le ligament

large et les anses intestinales. Le décollement du placenta est aisé, mais suivi d'une hémorragie qui nécessite un tamponnement à demeure.

VAUTRIN, NANCY.

M. le Professeur Vautrin, de Nancy, a communiqué, en 1924, à la Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, quelques observations de grossesses abdominales. Ces observations sont brèves, mais infiniment intéressantes par la variété précieuse des renseignements qu'elles fournissent sur l'imprévisible évolution de ces gestations anormales.

1. — C'est d'abord l'histoire d'une grossesse tubaire rompue au 6^e mois sans accidents bien importants, mais nets.

La grossesse a évolué alors des signes foetaux bien accusés jusqu'au 8^e mois, époque à laquelle le fœtus est mort. La femme s'étonnant plus tard de ne point avoir accouché, on l'opère et on trouve un lithopédion non enkysté qui n'a pas déterminé la moindre irritation de voisinage. Les suites furent aussi simples que possible.

2. — Très différente fut l'évolution des autres cas que rapporte M. Vautrin.

Chez une femme ayant présenté, après un retard de règles de 2 mois, un avortement tubo-abdominal avec le tableau habituel, l'œuf se greffe et se développe jusqu'à 6 mois dans l'abdomen. On assiste à cette époque à un faux travail avec pertes abondantes et expulsion de caduque. Quelques semaines plus tard, survient un syndrome péritonéal intense, avec arrêt des matières et des gaz. A l'examen, on trouve une grosse

tumeur pelvi-abdominale qui bombe dans le Douglas et remonte jusqu'à l'ombilic. On fait alors une colpotomie qui donne accès dans une vaste loge purulente, d'où l'on extrait un fœtus putréfié. Après drainage, la malade guérit sans difficultés.

3. — M. Vautrin pense que, dans ce cas, la grossesse abdominale fut primitive. Après arrêt de cette grossesse il trouva, en intervenant, un fœtus mort rétro-utérin. La malade guérit.

4-5. — Deux cas viennent ensuite, dont l'un ressemble fidèlement à l'autre. Dans ces deux cas il s'agissait de femmes épuisées, présentant des signes de péritonite généralisée. Chez toutes deux on a trouvé un fœtus macéré au milieu des anses grêles, la trompe portant des signes de rupture antérieure. Toutes deux sont mortes.

6. — Ce dernier cas est plus favorable : Il s'est agi de l'évolution secondaire d'une grossesse tubaire rompue au troisième mois. On a opéré à terme, après avoir suivi la grossesse pendant toute sa durée. Le kyste foetal contenant un enfant vivant est très adhérent, on peut néanmoins être conservateur, on draine à cause de la grande surface cruentée. Suites excellentes.

E. POTHERAT. (*Société de Chirurgie*, Mars 1920.)

On admet assez communément qu'une grossesse abdominale est une grossesse tubaire qui, après rupture, s'est greffée sur le péritoine.

La raison en est qu'il faut, semble-t-il, pour qu'une placentaion s'établisse, qu'il y ait, en face d'un ovule fécondé, non un endothélium, mais une muqueuse appropriée, utérine ou tubaire.

Le fait anatomique que je vous présente et qui provient d'une femme que j'ai opérée hier matin, s'inscrit contre la théorie de la rupture tubaire préalable, et peut-être même contre la nécessité d'une muqueuse appropriée.

Ainsi qu'on peut le voir, la trompe droite est intacte ; le pavillon fait partie du sac extra-tubaire, dans lequel était contenu un fœtus du sexe masculin bien conformé, apparemment mort depuis peu. Sur les franges du pavillon de cette trompe, on voit encore une insertion placentaire : c'est l'extrême périphérie d'un placenta important, implanté presque exclusivement sur le méso-colon iliaque auquel il adhérait très fortement. Le sac intact, rempli d'un liquide amniotique clair, laisse venir le fœtus avec un cordon à insertion placentaire centrale, gros comme le petit doigt, très friable, qui se rompit sans saigner.

La femme vigoureuse, âgée de 36 ans, bien que mariée depuis 17 ans, ne soupçonnait pas, non plus que les médecins qui la virent, la nature de son affection. Bien réglée jusqu'en octobre dernier, elle a eu deux fois ses règles dans ce mois, au début et à la fin, rien en novembre. En décembre, 8 jours plus tard qu'à l'habitude, elle eut une grosse perte de sang pendant un jour, puis, pendant trois semaines, des pertes moins abondantes, rouges ou jaunâtres. Fin décembre, de violentes douleurs abdominales, sans début cataclysmique, obligent la malade à prendre le lit et par leur persistance, à le garder. Pas de vomissements, mais amaigrissement assez considérable.

A l'examen il y a quelques jours, on trouve le ventre météorisé autour de l'ombilic, mat au dessus du pubis, surtout à gauche.

Au toucher, col entr'ouvert sous le pubis, corps rejeté sur la symphyse ; tout l'organe est mou. Tuméfaction en arrière et

surtout à gauche, tendue rénitente. On diagnostique : grossesse extra-utérine rompue.

Laparotomie : le péritoine ouvert laisse échapper du sang noir épanché. Le grand épiploon est très adhérent aux parois du bassin. On trouve ensuite un utérus un peu gros, mou, avec un petit fibrome, et à droite une masse très adhérente qui crève sous la main, inondant le ventre d'eau et présentant un fœtus. On voit nettement le placenta, on l'enlève en totalité, ainsi que le sac très mince. Léger suintement en nappe de la surface du méso-colon iliaque ; pas d'hémorragie. Toilette, drainage, fermeture. Suites normales.

Un cas de grossesse abdominale secondaire, MOGGI, DUBOUCHER, HOUEL, SUDAKA (Alger).

Madame C... : 40 ans, est admise le 25 juillet 1923 à la Maternité d'Alger.

On diagnostique une grossesse à terme avec enfant mort.

Elle a été réglée à 14 ans normalement, elle s'est mariée à 18 ans et a eu 9 grossesses dont 4 avec des enfants vivants et 5 interrompus à 3 mois par des avortements suivis de curettages.

On relève dans ses antécédents une rougeole, du paludisme, une métrite tenace avec des poussées de salpingo-ovarite. Le début de la grossesse est difficile à préciser : les dernières règles datent de septembre 1922. Le 25 décembre, crise abdominale douloureuse, très violente. On applique de la glace sur l'abdomen et on fait des injections de Sédol.

Un médecin consulté parle d'avortement banal, mais, les douleurs persistant, deux chirurgiens se prononcent successive-

ment, l'un en faveur d'un kyste de l'ovaire gauche, l'autre d'une salpingite. Aucun n'envisage l'hypothèse d'une grossesse.

Les crises disparaissent. Le malade reprend une existence normale. En mai 1923, une poussée douloureuse provoque un nouvel examen au cours duquel on délimite très bien par le palper un fœtus dont la tête est dans l'hypocondre gauche et le siège dans la fosse iliaque droite. Les bruits du cœur sont perçus avec netteté.

Le 9 août, 10 mois après les dernières règles, nouvelle crise douloureuse et expulsion de membranes que l'on reconnaît pour être des débris de caduque. A l'examen on trouve une masse dure, globuleuse, haute d'une dizaine de centimètres. On sent un col utérin perméable et on pratique l'hystérométrie dont les résultats concordent avec ceux de la palpation. En effet, l'hystéromètre ne s'enfonce que de 10 centimètres. On est donc en présence de l'utérus flanqué d'une masse foetale adjacente et l'on a assisté à un faux travail au cours d'une grossesse abdominale secondaire ayant évolué jusqu'aux environs du terme.

Le malade entre en chirurgie où l'on décide d'attendre. Après une hémorragie survenue le 13 juillet, les douleurs cessent d'elles-mêmes, mais en même temps disparaissent les mouvements du fœtus et les bruits du cœur. La malade quitte l'hôpital, puis, sur le conseil d'un accoucheur, se présente à la Maternité avec le diagnostic de rétention d'enfant mort.

A l'entrée on constate une femme anémiée avec une grosse rate et du subictère porteuse d'une grossesse à terme ; présentation de l'épaule droite et excès de liquide. Au toucher on perçoit le col ramolli, mais plus rien de foetal. On porte à nouveau le diagnostic de fœtus mort aux environs du terme et on attend l'expulsion spontanée.

Cependant on opère le 29 août sous anesthésie à l'éther.

Après la laparotomie, le fœtus apparaît au milieu des anses grêles, entouré d'une pellicule membraneuse. Extraction facile après section du cordon dont les vaisseaux sont thrombosés. On trouve un placenta fortement adhérent à la face postérieure de l'utérus et à la trompe gauche. Cette dernière, très dilatée, présente une zone cicatricielle vers sa partie externe. L'utérus est encore gros. Pas d'adhérence excessive du placenta, ni d'hémorragie. Salpingectomie gauche, poids du fœtus : 2.470 grammes ; du placenta : 440. Suites excellentes.

WALTHER HEINES, Breslau Monats, fut Geburt unt Gynäk 1905. — *Grossesse ectopique ayant évolué à terme sans accidents. Extirpation. Guérison.*

Femme de 25 ans ayant eu une première grossesse normale en mai 1902. En juillet 1903, elle s'aperçoit qu'elle était de nouveau enceinte. Pendant les trois premiers mois, rien de particulier à signaler. Au quatrième mois, à l'occasion de quelques efforts, cette femme ressent dans l'abdomen une douleur subite, intense, à laquelle succède un endolorissement général du ventre qui dure trois jours. Depuis, jusqu'au huitième mois, la malade éprouvait de temps en temps des malaises avec tiraillements dans le ventre et irradiations lombaires.

Parvenue à la fin du huitième mois, cette femme constate avec surprise que son abdomen a plutôt diminué de volume et qu'elle ne sent plus remuer. Le médecin qui la soignait à cette époque note quelques rares poussées fébriles.

On examine la malade à son entrée à la clinique gynécologique de Breslau et on trouve une tumeur abdominale dépassant

de quatre doigts l'ombilic. La palpation révèle très nettement des parties fœtales et par le toucher vaginal on sent dans le cul-de-sac antérieur une masse de consistance spongieuse qu'on suppose être le placenta, l'utérus étant en rétroversion et nettement distinct. Le diagnostic de gestation ectopique s'imposait. L'intervention, décidée, est tentée le 8 septembre 1904.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe immédiatement sur le fœtus sans rencontrer de poche vraiment différenciée. Après extraction de l'enfant et section du cordon, on arrive, en suivant le cordon, sur le placenta qui siège entre la vessie et l'utérus, tel que le toucher l'avait fait supposer. Au placenta, adhère un grand nombre de lambeaux membraneux déchirés. Avec prudence, on procède au décollement du gâteau placentaire, lequel s'opère sans difficulté et sans occasionner d'hémorragie importante. Ligatures de quelques vaisseaux et extirpations d'ailleurs facile de tous les lambeaux. Le fœtus de 2.760 grammes était mort et très bien conservé. Sa mort était donc toute récente.

Toilette péritonéale et fermeture sans drainage. Suite très simple et sortie un mois plus tard.

PINARD.

Femme âgée de 38 ans, multipare, entrée à la Clinique Baudelocque le 15 janvier 1891. Cette femme a eu deux accouchements spontanés et à terme; le dernier, il y a huit ans. Les suites de couches ont été normales et la menstruation a, depuis cette époque, toujours été régulière jusqu'au mois de mars 1890.

A la fin du mois de mars, elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre, douleurs persistant pendant le mois d'avril, mais ne

l'empêchant pas toutefois de vaquer à ses occupations. Le 15 mai, brusquement, à 2 heures de l'après-midi, elle est prise d'une douleur violente qui lui arrache des cris, et la rend incapable de tout mouvement. Elle ne perd pas cependant connaissance. Cinq ou six de ces accès se reproduisent, dit-elle, dans le mois de mai. On crut alors à une péritonite causée par une tumeur, et elle entra dans un service de chirurgie où le chef de clinique ne voulut pas pratiquer la laparotomie en raison du mauvais état général de cette femme.

Rentrée chez elle, son état s'améliore et le 25 août elle perçut nettement les mouvements de son enfant, ce qui l'étonna beaucoup car, jusque-là, ni les médecins qui l'avaient examinée, ni elle-même n'avaient pensé à une grossesse.

Quoiqu'elle fut obligée de garder le lit, son état général se modifia heureusement pendant les mois de septembre et d'octobre. Le 15 octobre, elle perçut les mouvements de son enfant pour la dernière fois et aussitôt les phénomènes douloureux et réactionnels disparurent et cette femme put alors quitter le lit et vivre de la vie ordinaire. Il n'y eut pas de faux travail, pas de montée laiteuse, pas d'hémorragie.

Le 25 janvier, cette femme vint à notre consultation afin de savoir quand elle accoucherait, et si on ne devait pas lui enlever la tumeur dont on lui avait parlé, avant ou après l'accouchement. Le docteur Potocki, chef de clinique, qui l'examina tout d'abord, n'hésita pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine et le professeur Pinard confirma ce diagnostic le lendemain. En effet, le ventre de cette femme était développé comme il l'est généralement à six mois de grossesse, mais il présentait un aspect irrégulier. La palpation permettait de reconnaître une tumeur très mobile placée en diagonale de haut en bas et de tumeur une crépitation osseuse manifeste. Une autre tumeur pla-

cée sur la ligne médiane et s'élevant à quelques centimètres au-dessus de la symphyse était immobile. L'auscultation était négative. Le toucher fit rencontrer le col en avant, derrière la symphyse, et en combinant le toucher au palper, il fut facile de reconnaître que la tumeur inférieure et médiane était constituée par l'utérus. Le cathétérisme de cet organe montra qu'il était vide et mesurait 9 centimètres 5.

Si le diagnostic de grossesse extra-utérine était relativement facile, un fait cependant préoccupait le docteur Pinard, c'était la mobilité de la tumeur supérieure, circonstance qui ne se rencontre guère dans le cas de kyste foetal. Aussi se proposa-t-il d'explorer la cavité abdominale avant de suturer le kyste, en pratiquant la laparotomie.

Pendant qu'on aseptisait cette femme, elle eut ses règles, qui commencèrent le 23 janvier, c'est-à-dire trois mois après la mort de l'enfant. Ces règles durèrent trois jours et déterminèrent pendant ce temps un état fébrile, la température monta à 38° 8.

Pour ces raisons, cette femme ne fut opérée que le 4 février, avec l'assistance du docteur Segond. M. Pinard pratiqua une incision sur la ligne médiane et allant de l'ombilic à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, car la vessie remontait assez haut. Le péritoine était extrêmement épaissi et vasculaire. Dès que ce dernier fut incisé, la tête du fœtus apparut libre au milieu des anses intestinales. La main introduite permet de constater que le fœtus est libre et à nu dans la cavité abdominale et qu'il n'y a d'adhérences qu'avec des tractus membraneux qui vont se perdre dans l'excavation. Ces tractus s'insèrent sur la tête, la jambe et le pied gauches. On procède avec lenteur à l'extraction, en détruisant facilement les adhérences, sans produire aucune hémorragie. Le fœtus pesant 580 gr., n'était plus relié au placenta par le cordon. Ce dernier avait disparu.

La main réintroduite alla à la recherche soit du kyste foetal, soit du placenta, mais ne rencontra qu'une masse considérable, remplissant toute la partie gauche de l'excavation. Cette masse placentaire pesant 450 gr. fut enlevée avec la main sans produire d'hémorragie.

Quelques ligatures furent appliquées sur de minces pédicules membraneux ; la cavité pelvienne fut nettoyée avec des éponges. De la gaze iodoformée fut introduite jusqu'au fond du bassin, la plaie abdominale fut suturée dans ses deux tiers supérieurs et un pansement compressif fut appliqué.

L'opération dura 40 minutes. Les suites opératoires furent des plus simples. Un seul jour, le troisième, la température atteignit 38°. La gaze iodoformée fut retirée le 11 février, c'est-à-dire le sixième jour après l'opération, et remplacée par un petit tube à drainage, et le 28 février, 24 jours après l'opération, la cicatrisation était complète, et la femme se levait.

Le 14 mars, jour de son départ, on constatait qu'il n'y avait plus trace d'induration dans le petit bassin.

PINARD, 2° (résumée).

Femme de 32 ans, primipare ; dernières règles le 12 mai 1891 ; en juin, pas de règles et signes fonctionnels de grossesse. Le 13 juillet, crise douloureuse très vive, prise pour un commencement d'avortement accompagnée de pertes et de l'expulsion d'une caduque complète reproduisant à merveille le moule de la cavité utérine. La sage-femme appelée n'avait jamais vu « de délivrance aussi bien formée dans un avortement ». La malade quitte Paris jusqu'au 25 septembre, persuadée de sa fausse couche. Comme les règles ne sont pas venues, elle va consulter de nouveau ; on trouve un utérus gros de trois mois et demi. Le 25 novembre, crise terrible, douleurs intenses, vomissements, syncope. Morphine. De décembre à février, pertes chocolat. Le 20 avril 1892, laparotomie, kyste foetal rompu, foetus à peu près libre dans la cavité abdominale.

CONCLUSIONS

1° La grossesse péritonéale secondaire succède presque toujours à une grossesse, soit tubaire, soit, plus rarement, ovarienne ;

2° Elle résulte de l'expulsion de l'œuf intact et vivant, soit à travers l'ostium abdominal, soit à travers une brèche d'usure lente, d'exulcération plutôt que de rupture de la paroi tubulaire ;

3° L'étude de son évolution clinique rentre quant aux cinq premiers mois dans le cadre des grossesses ectopiques en général, son individualisation étant plus tardive ;

4° La grossesse abdominale n'arrive presque jamais à terme, le fœtus meurt ou sa présence détermine des accidents qui nécessitent l'intervention d'urgence ;

5° Aussi interviendrons-nous aussitôt notre diagnostic posé, la valeur du fœtus étant trop problématique en regard des accidents qu'il peut causer par sa présence ;

6° Il n'y a pas de type d'intervention ; on fait ce que la situation impose de faire.

L'opération pouvant être une extirpation sans incidents suivie de suture complète, une extirpation avec abandon du placenta et tamponnement ou même une hystérectomie sub-totale.

Vu :

Le Président, LECÈNE.

Vu :

Le Doyen, H. ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.*

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL (K.). — *Arch., f. Gynäk*, XLIVI, 1893.
- BECK. — *American journal of Obstetric*, décembre 1892.
- BERGOUIGNAN. — *Société Anatomique de Paris*, 13 décembre 1924.
- BLAND SUTTON. — *The Lancet*, 1891.
- BRINDEAU. — In : *L'art des Accouchement* (Bar-Brindeau-Chambrelent).
- CESTAN. — *Thèse*, Paris, 1894.
- ENGSTROM. — *Zeitschrift für Geb. u. Gynäk.* Bd., XXIV, t. 2.
- J.-L. FAURE-SIREDEY. — *Gynécologie*, Paris, in *Traité de Chirurgie* (Le Dentu-Delbet).
- FREUND. — *Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge*, p. 323.
- HEINES (WALTHER). — *Breslau Monats. für Geburt und Gynäk.*
- LANE. — *Bost. med. surg. journal*, 1911, t. CLXIX, p. 683.
- LAWSON-TAIT. — *Lecture on ectopic pregnancy, and pelvic hema-*
tocele, 1898.
- MOGGI-HOUEL SUDAKA. — *S. O. G.*, 1924, p. 243.
- MAUCLAIRE. — *Soc. Chir.*, Paris, mai 1915.
- OUTERBRIDGE. — *The American Journal of Obstetric and diseases*
of women and children, 1912, t. LXV, p. 212.
- PINARD. — *Annales de Gynécologie*, sept. 1891.
- POTHERAT. — *Soc. Chir.*, Paris, mars 1920.
- ROSS (J.). — *American Journal of Obstetric*, déc. 1892, p. 859.
- SCHROEDER. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*.
- SELIGMANN. — *Deutsche Med. Woch.*, 1906, n° 22, p. 789.
- VAUDESCAL. — *S. O. G.*, 1924, p. 785.
- VAUTRIN (Nancy). — *S. O. G.*, 1924, p. 665.

IMPRIMERIE A. ET F. DEBEAUVÉ
35, RUE TOURNEFORT — PARIS
